TITRES ET TRAVAUX

DU

DOCTEUR L. LAMACQ

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
—
1897

TITRES ET FONCTIONS.

INTERNE DES HOPITAUX DE BORDEAUX, 1888.

DOCTEUR EN MÉDECINE, 1891.

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX, 1891.

ÉLÈVE AU LABORATOIRE DES RECHERCHES DE L'INSTITUT PASTEUR, SERVICE DE M. LE PROFESSEUR E. METCHNIKOFF, 1894-1895.

PRÉPARATEUR AU LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE BORDEAUX, 1896.

RÉCOMPENSES ET DISTINCTIONS HONORIFIQUES.

HOPITAUX DE BORDEAUX.

(Externat, médaille d'argent, 1887).
(Internat, médaille et prix de l'administration, 1888).
(Médaille de vermeil et prix Delord, 1889).
(Médaille d'or, 1890).

FACULTÉ DE BORDEAUX.

(Prix du Conseil Général, (500 fr.), 1890).
(Prix Godard, (2000 fr.), 1892).

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES.

1. — **Syringomyélie.** — Communication à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 1890. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1890 (en collaboration, pour la partie clinique avec M. E. Bitot).

Malade du service de M. le professeur Pitres ; examen anatomo-pathologique de la moelle par le Dr Lamacq.

La malade présente une hématrophie linguale prononcée et le syndrome syringomyélique sensitif. La maladie a débuté dans le jeune âge et dure depuis 18 ans. Panaris nombreux, suivis de mutilations des doigts. Le pied droit est en flexion forcée ainsi que les orteils, la surface dorsale en est arrondie ; cette déformation n'avait pas encore été signalée.

L'examen des coupes montre une gliomatose intense, classique, surtout en arrière du canal central de la moelle.

2. — **Pathogénie des borborygmes rythmés** (en collaboration avec M. Sabrazès). — *Bulletin médical*, 15 août 1897.

Le siège exact des bruits n'était pas encore bien précisé. Pour M. le professeur Pitres, « il était impossible d'affirmer si c'est dans l'estomac ou dans le gros intestin que prennent naissance les borborygmes rythmés ».

La malade présente un estomac biloculaire.

a) L'estomac étant vidé au moyen d'une sonde œsophagienne, les bruits disparaissent complètement. L'ingestion des aliments ne tarde pas à s'accompagner des mêmes bruits rythmés.

b) La sonde étant en place, si on laisse échapper tous les gaz contenus dans l'estomac, tout bruit cesse ; si on insuffle alors un peu d'air, les borborygmes renaissent ; si on insuffle beaucoup d'air, jusqu'à production de ballonnement intense, ils disparaissent de nouveau.

c) L'estomac est d'abord vidé ; on y introduit un peu d'eau avec

la sonde; on n'entend aucun bruit; un peu d'air est insufflé et les bruits apparaissent aussitôt.

d) Une sonde introduite dans l'estomac communique avec un manomètre inscripteur, le râclement inspiratoire correspond à une pression positive, le bruit expiratoire à une aspiration de la colonne manométrique.

e) Il y a donc état spasmodique du diaphragme, car il y a aussi accélération des mouvements respiratoires, 35 minutes.

En outre, il y a retrait actif de l'épigastre pendant l'inspiration.

Donc, en résumé :

Les contractions spasmodiques du diaphragme jouent un rôle essentiel dans la genèse des borborygmes rythmés..

Ces bruits sont d'origine gastrique.

L'état névropathique des malades suscite l'apparition du spasme phrénique.

L'application d'une sangle de Glénard a amené la disparition de ces borborygmes.

3. — **Quatre cas d'hystérie infantile** (en collaboration avec M. Sabrazès). — *Congrès des neurologistes et aliénistes*, Toulouse, 1897.

Conclusions:

a) Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'hystérie peut apparaître sous l'influence d'un choc quelconque, physique ou moral.

b) Les stigmates de l'hystérie sont moins fréquents chez l'enfant.

c) Dans les quatre cas, il y avait des troubles marqués de la nutrition générale. Ils sont à rapprocher des troubles d'atrophie musculaire que M. Chauffard a signalés dans les paralysies hystériques infantiles.

d) Tous les cas ont guéri très facilement par la suggestion à l'état de veille.

4. — **Lésions du foie à la suite de la ligature du canal cholédoque chez le chien.**

Les opinions des auteurs présentent de grandes divergences : les uns pensent que la ligature du cholédoque est suivie de sclérose, les autres nient cette sclérose.

La ligature doit être aseptique. Le canal est sectionné entre deux ligatures pour éviter l'infection ascendante des voies biliaires.

Conclusions:

a) On peut observer, avant toute intervention, des nodules infectieux dans le foie ; ces nodules peuvent altérer les résultats des expériences.

b) Les foyers de nécrose sont rares chez le chien.

c) Les fils des réseaux nécrotiques sont constitués par des capillaires sanguins.

d) Il n'y a pas de développement de tissu conjonctif chez le chien après section aseptique du cholédoque.

e) Les figures karyokinétiques ne paraissent pas exister dans les noyaux des cellules hépatiques. On en observe dans l'épithélium des canalicules biliaires.

5. — **Étude critique sur le sena musculaire.** — Thèse de Bordeaux, 1891.

Examen physiologique et clinique du sens musculaire.

Conclusions :

a) Il n'existe pas de *sens* musculaire.

b) Ce terme devrait être rejeté et remplacé par l'expression de sensations kinesthésiques.

c) Ces sensations proviennent des muscles, des tendons, des articulations, de la peau, etc.

d) Il existe une « notion de l'effort ».

e) Les altérations des sensations kinesthésiques doivent être étudiées d'après le tableau suivant :

Impressions kinesthésiques	Sensation de	pression.
		contraction.
		fatigue.
	Mouvements passifs.	
	Mouvements actifs.	
	Notion de position des membres.	
	Notion de poids.	

f) Il est prématuré d'émettre une opinion sur le centre des sensations kinesthésiques dans l'écorce cérébrale.

6. — Les phénomènes bulbaires dans la syringomyélie. — *Revue de médecine*, 1895.

Six observations prises dans le service de M. le professeur Pitres ; trois nécropsies.

Examen de deux cents observations de syringomyélie.

Les symptômes bulbaires étaient considérés comme rares. En réalité ils sont fréquents et d'espèces très variées. Sur 200 malades, 52 présentent des phénomènes bulbaires. Ils se répartissent ainsi :

1° *Face.*

Anesthésie dans le domaine du trijumeau	28
Anesthésie de la conjonctive	4
Névralgie du trijumeau	3
Paralysie faciale	9
Atrophie faciale	2
Transpiration	7

2° *Voies digestives.*

Paralysie de la langue	8
Atrophie linguale	15
Troubles de la déglutition	21
Nausées, vomissements	5
Salivation	3
Paralysie du voile du palais	12

3° *Voies respiratoires.*

Absence de réflexe laryngé	10
Troubles de la phonation	21
Hoquet	2
Dyspnée	13

4° *Cœur.*

Tachycardie	5
Bradycardie	1

5° *Yeux.*

Nystagmus	8
Amaurose	5
Diplopie	8
Larmoiement	2

6° *Goût.*

Altératioo	5
7° *Odorat*	3
8° *Ouïe*	6
9° *Vertiges*	13
10° *Céphalée (occipitale ou frontale)*	17
11° *Ictus*	7
12° *Polyurie*	3
13° *Paralysie du diaphragme*	4

Conclusions.

La mort par le bulbe se présente chez les syringomyéliques.

Il faut rechercher par conséquent l'apparition des phénomènes bulbaires. La céphalée paraît être un bon signe de début. Le symptôme le plus fréquent et le plus précoce est l'anesthésie dans le domaine du trijumeau.

L'évolution des phénomènes bulbaires est en général lente dans la syringomyélie.

La situation s'aggrave beaucoup quand les troubles de la déglutition apparaissent, parce qu'ils annoncent les troubles respiratoires.

Outre la mort subite, il faut redouter la paralysie du diaphragme. Cette dernière complication s'est toujours présentée dans des cas de syringomyélie à forme de sclérose latérale amyotrophique.

La mort par le bulbe est rare chez les syringomyéliques ; ils succombent le plus souvent à une affection intercurrente surtout à localisation pulmonaire.

7. — Névralgie métatarsienne antérieure ou maladie de Morton. — *Revue de médecine*, 1896.

C'est une névralgie qui a son siège habituel au niveau du quatrième orteil. Elle peut remonter le long du sciatique.

Affection de l'âge adulte, surtout chez la femme.

Le pied peut être pris de mouvements convulsifs. Le malade enlève sa chaussure, il ne peut résister à ce besoin impérieux.

En réalité, il y a des formes très diverses classées dans le tableau suivant :

1° Forme atténuée, passagère ;

2° Forme névralgique pure ; pas de neurasthénie, pas de diathèse marquée, peu de traumatisme du pied ;

3° Forme neurasthénique ;

4° Forme diathésique	rhumatisme ; goutte ; paludisme ;

5° Forme traumatique ;
6° Forme hystérique ;
Pathogénie très discutée.

La compression des branches nerveuses n'est pas admissible. Les dissections montrent que cette compression est impossible.

Parfois il y a des lésions voisines, ténosynovites, par exemple.

La laxité de la voûte plantaire, admise par Pollosson, est rare.

En réalité, les théories mécaniques exclusives sont insuffisantes. Il faut tenir compte du malade qui, le plus souvent, est un nécropathe.

Traitements divers.

8. — **Deux nouveaux cas de maladie de Morton.** — *Congrès de Nancy*, 1896.

9. — **Équivalents cliniques de la migraine.** — *Congrès des neurologistes et aliénistes*. Nancy, 1896.

Les observations précises en sont très rares. L'observation est celle d'un malade qui avait des crises de névralgie de Morton et de migraine.

Le matin au réveil, même sensation de lourdeur, de céphalée, mêmes nausées et troubles dyspeptiques ; tantôt c'est la migraine qui apparaît, tantôt la névralgie du pied.

Enfin, si la névralgie plantaire est arrêtée par un bain de pieds chaud, la crise reparaît le lendemain sous forme de migraine.

Il y a donc équivalence réelle entre les deux symptômes.

10. — **A propos de quelques cas de narcolepsie.**

Gélineau donne le nom de narcolepsie à des attaques de sommeil subites et irrésistibles.

Examen rapide du sommeil physiologique. Il peut, même à l'état normal, être prolongé, profond.

Effets du surmenage, de l'habitude.

En réalité, la narcolepsie n'existe pas comme entité morbide. C'est un symptôme qui peut apparaître dans les affections les plus

diverses : dyspepsies, affections cardiaques, rénales, hépatiques : obésité, diabète, constipation, etc., etc.

C'est un état de somnolence ou de sommeil profond et on observe toutes les transitions entre le sommeil léger et le coma.

Bien des observations de narcolepsie se rapportent à des cas de coma.

L'attention doit toujours être éveillée par ce symptôme, car il peut avoir une signification pronostique très grave.

Observations personnelles diverses dans le cours du travail.

11. — **Séméiologie des tremblements.** — *Rapport au Congrès de Nancy*, 1896.

On dit qu'une partie du corps tremble quand elle décrit une série d'oscillations rythmiques de part et d'autre de sa position d'équilibre.

On a donné des tremblements la classification suivante (Grasset) :

1° Tremblements au repos (paralysie agitante) ;

2° Tremblements dans les mouvements volontaires (sclérose en plaques).

Ou bien encore :

1° Tremblements lents : 3 à 5 oscillations par seconde (paralysie agitante, tremblement sénile) ;

2° Tremblements moyens : 6 à 7 oscillations (sclérose en plaques);

3° Tremblements rapides, dits vibratoires : 8 à 10 oscillations (goitre exophtalmique, paralysie générale).

Ces classifications sont insuffisantes. Quelques cas de tremblement sénile se présentent comme la paralysie. Le nombre des vibrations est en outre très variable dans certains tremblements.

M. le professeur Pitres examine 500 hommes et 500 femmes n'ayant aucune affection à tremblement. Il trouve 40 tremblements sur 100.

Si les moyens d'investigation étaient plus perfectionnés, peut-être le nombre des trembleurs serait-il plus grand ? En effet, si nous prenons le tracé graphique des personnes ne présentant à la vue aucun tremblement, nous voyons sur le tracé une série d'oscillations, au nombre de 8 à 10 par seconde.

D'où la conclusion : certains tremblements (névropathiques) ne sont qu'une exagération de l'état normal.

Le nombre des trembleurs est aussi grand chez les hommes que chez les femmes.

Dans la paralysie générale le tremblement de la langue est plus précoce et plus fréquent que le tremblement des mains.
Tracés graphiques divers.

Rapports des tremblements avec les mouvements anormaux (choréiformes).

Ils peuvent se trouver associés à des mouvements choréiques, à des tics, au paramyoclonus multiples. L'association est normale dans la maladie de Friedreich.
L'étude du tremblement mercuriel montre cette même association.

Rapports des tremblements entre eux.

Il y a des formes de transition entre les deux formes de tremblements. Certaines formes classées à part peuvent de la sorte présenter une ressemblance complète (tremblement sénile, paralysie agitante).
Le tremblement de la tête peut s'observer dans la paralysie agitante.
De même le tremblement héréditaire est essentiellement polymorphe.
Un tremblement donné ne correspond pas toujours à une même lésion ni à une même affection.
Les lésions organiques du système nerveux peuvent donner naissance à un tremblement purement hystérique. Ce dernier est extrêmement fréquent. Observations à l'appui. Disparition d'un tremblement alcoolique à la suite de l'application d'un aimant ; de même pour un tremblement post-hémiplégique.
La possibilité de l'hystérie rend donc la valeur séméiologique du tremblement souvent incertaine et variable.

12. — **Les centres moteurs corticaux du cerveau humain déterminés d'après les effets de l'excitation faradique des hémisphères cérébraux de l'homme.** — *Archives cliniques de Bordeaux*, 1897.

Innocuité de l'examen de l'écorce cérébrale de l'homme par le courant faradique.
Emploi du courant d'intensité minima.
Détermination du point épileptogène dans les cas d'épilepsie jacksonienne.

Il y a, en plein dans la zone motrice, des aires inexcitables.

Les centres des petits mouvements (yeux, paupières, bouche) perdent rapidement leur excitabilité.

Plus on remonte dans l'échelle des êtres, plus l'excitation de l'écorce cérébrale donne des effets localisés.

Effets de l'excitation de la substance blanche.

Excitation de la dure-mère.

Détermination des divers centres moteurs.

Le centre du membre supérieur est le plus étendu et le plus divisé.

Il y a un centre pour les mouvements conjugués de la tête et des yeux au pied de la deuxième frontale.

Les aires sont moins diffuses et étendues que ne l'admet Horsley. Elles paraissent entourées d'une zone peu excitable.

L'examen faradique peut être indispensable au chirurgien sous peine d'être exposé à de graves erreurs. La position du sillon de Rolando n'est pas constante et en outre, la zone motrice n'a pas toujours la même position sur les circonvolutions. Elle peut être tout entière sur la frontale ascendante, ou tout entière sur la pariétale ascendante, ou encore empiéter sur les deux circonvolutions.

L'exploration électrique permet d'éviter l'erreur dans le cas où il n'y a pas d'entrecroisement des pyramides.

La faradisation de la zone latente n'a produit aucun mouvement.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Haute-Marne).